

بررسی تأثیر آموزش اینترفرون تراپی مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C مزمن

میترا زندی^۱؛ احمد علی اسدی نوقابی^{**}، عباس مهران^{**}، علی حسن پوردهکردی^{***}، دکتر سید مؤید علویان[†]

^{*} مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ^{**} مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^{***} کارشناس ارشد گروه

پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، [†] استاد گروه داخلی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه/

تاریخ دریافت: ۸۵/۵/۸ - تاریخ تأیید: ۸۵/۸/۷

چکیده:

زمینه و هدف: مؤثرترین روش در درمان بیماران مبتلا به هپاتیت های مزمن B و C درمان ترکیبی با اینترفرون می باشد. این درمان ها به هر حال درجات مختلفی از عوارض جانبی ایجاد می کنند که ممکن است تأثیر منفی بر روی حیات بیمار، تعاملات اجتماعی و توانایی انجام کار و دیگر فعالیت های آنها داشته باشد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش نحوه مصرف صحیح اینترفرون، کنترل عوارض جانبی و پی گیری بیماران به مدت ۲۸ هفته بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C بود.

روش بررسی: این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی است که به صورت پیش آزمون- پس آزمون بر روی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن B و C کاندید اینترفرون تراپی در مرکز هپاتیت تهران صورت گرفت. تعداد ۶۰ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس با توجه به مشخصات نمونه انتخاب و به طور تصادفی در گروه شاهد و آزمون (۳۰ نفر شاهد، ۳۰ نفر آزمون) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران کبدی (Chronic Liver Disease Questionnaire= CLDQ) بود. برای گروه آزمون و همراهان برنامه آموزشی به صورت ۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای اجرا شد و بیماران به مدت ۲۸ هفته پیگیری شدند. کیفیت زندگی بیماران هپاتیتی در دو مرحله قبل و ۲۸ هفته پس از شروع اینترفرون تراپی و اجرای برنامه آموزشی سنجیده شد و در پایان کیفیت زندگی در دو گروه با استفاده از آزمون های همبستگی و کای دو، من ویتنی و ویلکاکسون مقایسه گردید.

یافته ها: قبل از اجرای مداخله متغیرهای دموگرافیک و امتیاز کلی کیفیت زندگی در دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی در گروه آزمون از $158/6 \pm 21/4$ به $183/4 \pm 17$ افزایش یافت ($p < 0/001$) در حالی که در گروه شاهد قبل و پس از مداخله به ترتیب $152/3 \pm 26$ و $154/5 \pm 28/5$ بود ($p > 0/05$) امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از مداخله بین دو گروه دارای تفاوت معنی دار بود ($p < 0/001$). گروه آزمون پس از ۲۸ هفته در تمامی ابعاد جز در بعد فعالیت، نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی دار یافته بود ($p < 0/01$). در ضمن میزان قطع درمان ناشی از عوارض جانبی در گروه شاهد ۴ برابر گروه آزمون بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش اینگونه به نظر می رسد که استفاده از برنامه های منظم و بخصوص پیگیری بیماران در زمینه نحوه تزریق صحیح اینترفرون و همچنین آموزش روشهای کنترل عوارض جانبی، تأثیر بسزایی بر روی کیفیت زندگی، احساس خوب بودن و رضایتمندی در بیماران داشته و تحمل درمان را برای بیمار راحت تر می نماید.

واژه های کلیدی: اینترفرون تراپی، هپاتیت، کیفیت زندگی.

مقدمه:

از زندگی و احساس خوب بودن در بیماری مزمن هدف اصلی مراقبت و درمان است. با این حال

هپاتیت ویروسی هنوز یک معضل بهداشتی بزرگ سراسر جهان محسوب می شود (۱). رضایت

^۱ نویسنده مسئول: کاشان-دانشگاه علوم پزشکی - گروه پرستاری - تلفن: ۰۳۶۱-۵۵۵۰۰۲۱ - E-mail: Zandi_m@kaums.ac.ir

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن به خصوص بیماران تحت درمان با اینترفرون اغلب پائین تر از حد طبیعی است (۲). این بیماران از خستگی، از دست دادن اعتماد به نفس، ناتوانی در انجام کار، اضطراب، افسردگی و دیگر مشکلات عاطفی که شدیداً کیفیت زندگی آنان را کاهش می دهد، رنج می برند (۳). هپاتیت C مهمترین عامل بیماری مزمن کبدی و پیوند کبد در بسیاری از کشورها می باشد (۴، ۵). شیوع جهانی هپاتیت C حدود ۳ درصد تخمین زده شده است (۶). در ایران به نظر می رسد شیوع این بیماری کمتر از ۱ درصد باشد (۵). هپاتیت ویروسی B نیز یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی جهان می باشد و حدود ۲۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان مبتلا به این بیماری هستند (۷). در حال حاضر در کشور ما حدود ۲ میلیون نفر مبتلا به هپاتیت B وجود دارند که از این تعداد حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر مبتلا به هپاتیت مزمن هستند (۸، ۹). در حال حاضر مؤثرترین روش در درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C، درمان با اینترفرون آلفا-2b (پی دی فرون) و در هپاتیت B مزمن دو داروی لامیوودین و اینترفرون آلفا می باشد (۱۰، ۱۱). از طرفی درمان ترکیبی به دلیل عوارض جانبی از جمله سندرم شبه آنفولانزا باعث آسیب به کیفیت زندگی بیماران می شود (۱۲). مطالعات نشان می دهند که با پیشرفت بیماری کبدی و درمان نامؤثر آنتی ویرال، کیفیت زندگی، سلامت روحی و جسمی بیماران بطور فزاینده ای آسیب می بیند (۲). عوارض ناشی از درمان بر روی کیفیت زندگی فرد و توانایی وی در رعایت رژیم درمانی تأثیر می گذارد (۱۱). در طول درمان با پی دی فرون، بیماران باید به دقت از نظر عوارض جانبی مانیتور شوند (۱۳). این درمان ها به هر حال درجات مختلفی از عوارض جانبی نظیر خستگی، درد عضلانی، علائم شبه آنفولانزا و تغییر

در وضعیت خلقی و میل جنسی را ایجاد می کنند که ممکن است تأثیر منفی بر روی حیات بیمار، تعاملات اجتماعی و توانایی انجام کار و دیگر فعالیت های وی داشته باشد. اهمیت عوارض جانبی ناشی از درمان ها اساس تصمیم گیری پزشک و بیمار و نیز شروع یا قطع درمان قبل از تکمیل دوره کامل درمان ها را تشکیل می دهند. قطع درمان پیش از تکمیل دوره درمان نشان دهنده عدم تحمل بیمار می باشد (۱۴). عوارض پی دی فرون از چند ساعت پس از تجویز شروع شده و با ادامه مصرف پس از چند هفته، بیماران نسبت به آن تحمل پیدا می کنند (۱۵). طبق مطالعه ای که علویان و همکاران بر روی بیماران مبتلا به هپاتیت C به منظور بررسی میزان مؤثر بودن درمان ترکیبی پی دی فرون و ریباویرین انجام دادند، به طور کلی عوارض جانبی ناشی از درمان در ۸۳/۳ درصد از بیماران رخ داد (حداًقل یک عارضه) اما این عوارض جدی نبوده و هیچ مورد مرگی رخ نداد (۱۶). Ware و همکاران به بررسی کیفیت زندگی و تأثیر بیماری و پاسخ به درمان در هپاتیت C مزمن پرداختند و بیماران در بدو ورود، هفته های ۱۲ و ۲۴ پس از درمان بررسی شدند. قبل از درمان این بیماران در مقایسه با جمعیت سالم مشابه خود در ۵ بعد از ۸ بعد SF₃₆ به طور قابل توجهی آسیب دیده بودند (در ابعاد عملکرد جسمی، نقش جسمی، سلامت عمومی، نیروی حیات و عملکرد اجتماعی). از طرفی کیفیت زندگی بیماران در طول درمان نیز نزول پیدا کرد (۱۷). در مطالعه Daryani و همکاران علائم شبه آنفولانزا شایع ترین عوارض ایجاد شده حین درمان با اینترفرون در هپاتیت C بوده است (۴). این عوارض گاهی موجب قطع درمان پس از چند روز تجویز اینترفرون می شود (۱۸). پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران کبدی اولین ابزار ویژه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی می باشد که توسط Younossi و همکاران

نفر در گروه آزمون بودند که ۲ نفر (۶/۶٪) در گروه آزمون و ۸ نفر (۲۶/۶٪) در گروه شاهد قبل از هفته ۱۲، درمان را قطع نمودند و در نهایت تعداد واحدهای پژوهشی به ۶۰ نفر رسید (۳۰ نفر شاهد ۳۰ نفر آزمون) که به صورت تصادفی (یک در میان) در گروه شاهد و آزمون قرار گرفته و پرسشنامه های CLDQ و اطلاعات دموگرافیک بدون ذکر نام بیماران و صرفاً با شماره پرونده در هر دو گروه برای اولین بار توسط بیمار و در صورت نداشتن سواد با کمک پژوهشگر تکمیل گردید. ضمناً جهت پیشگیری از ایجاد بایاس، پاسخ های پرسشنامه به صورت یک طیف دیداری برای هر سؤال کشیده شده بود و بیمار وضعیت خود را بر روی طیف نشان می داد. پرسشنامه در ایران و مرکز پیوند کبد شیراز نیز مورد استفاده قرار گرفته و اعتماد و اعتبار آن قبلاً در ایران سنجیده شده است (۲۱، ۲۲). اعتماد علمی پرسشنامه CLDQ از طریق همگنی درونی سنجیده شده که بر اساس آزمون آلفای کرونباخ بیش از ۹۵ درصد می باشد.

از گروه آزمون خواسته شد تا ساعات و روزهای آزاد خود را در انتهای پرسشنامه جهت شرکت در جلسات آموزشی یادداشت نمایند. سپس بیماران بر اساس وقت آزاد خود در طول هفته به ۵ گروه ۶ نفره تقسیم شده و جلسات آموزشی (۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای) (در مورد ماهیت بیماری، راههای انتقال، تشخیص، درمان، توضیح در مورد چگونگی تأثیر اینترفرون تراپی بر روند بیماری، عوارض شایع پس از تزریق و راههای مقابله و کنترل این عوارض و آموزش نحوه تزریق اینترفرون به بیماران) به صورت یک روز در هفته برای هر یک از زیر گروههای گروه آزمون برگزار شد و در هر جلسه پمفلت آموزشی مربوطه به بیماران ارائه شد. آموزش توسط یکی از پزشکان مرکز هپاتیت تهران (طبق محتوای تعیین شده از طرف پژوهشگر برای هر

به طور منطقی تحول یافته است و به دلیل اینکه ابزار ویژه کیفیت زندگی است (نه ابزار عمومی)، قادر است تغییرات مهم را در طول زمان هر چند تغییر کوچک باشد مشخص نماید و حساس تر از SF36 می باشد. این پرسشنامه شامل ابعاد خستگی، فعالیت فیزیکی، عملکرد عاطفی، علائم شکمی، علائم سیستمیک و نگرانی می باشد (۱۹، ۲۰). امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود که امتیاز هر عنوان از ۱ تا ۷ متغیر می باشد. به طور کلی حداقل امتیاز این پرسشنامه ۲۹ و حداکثر ۲۰۳ می باشد. مطالعات در دسترس در زمینه بررسی کیفیت زندگی بیماران هپاتیتی تحت درمان با اینترفرون همگی بیانگر این مطلبند که کیفیت زندگی بیماران با شروع اینترفرون تراپی کاهش یافته و پس از طی مدت طولانی و یا قطع درمان به سطح اولیه باز می گردد اما هیچیک از مطالعات به بررسی تأثیر مداخله ای آموزشی یا مراقبتی در این بیماران نپرداخته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر بکارگیری برنامه آموزشی در مورد تزریق صحیح اینترفرون و نحوه کنترل عوارض جانبی ناشی از درمان و پیگیری بیماران به مدت ۲۸ هفته (۷ ماه) بر روی کیفیت زندگی آنان صورت گرفته است.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که به صورت پیش آزمون - پس آزمون بر روی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن B و C کاندید اینترفرون تراپی در مرکز هپاتیت تهران صورت گرفت. نمونه گیری از نوع غیر تصادفی و بر اساس مشخصات نمونه (سن ۶۰-۱۸ سال، عدم ابتلاء به بیماری عفونی و مزمن دیگر، کاندید اینترفرون تراپی برای بار اول، عدم ابتلاء به سیروز و غیره) صورت گرفت. بطور کلی تعداد شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۸ نفر در گروه شاهد و ۳۲

صحیح اینترفرون به آنها آموزش داده شد.

یافته ها:

میانگین سنی بیماران $37/2 \pm 9/5$ سال بود که $76/6\%$ درصد (۴۶ نفر) مرد و $23/4\%$ درصد (۱۴ نفر) زن بودند. از نظر نوع هیپاتیت $73/4\%$ درصد (۴۴ نفر) مبتلا به هیپاتیت C و $27/6\%$ درصد (۱۶ نفر) مبتلا به هیپاتیت B بودند. بیماران در دو گروه از نظر عوامل دموگرافیک با هم مقایسه گردیدند که در هیچیک از موارد اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشده است ($p > 0/05$). حداقل امتیاز کیفیت زندگی در این پژوهش ۲۹ و حداکثر ۲۰۳ می باشد. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل از مداخله $154/5 \pm 28/5$ بدست آمد که پس از ۲۸ هفته به $152/3 \pm 26$ رسید. آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی داری را در این رابطه نشان نمی دهد. در گروه آزمون امتیاز کلی کیفیت زندگی از $158/6 \pm 21/4$ در قبل از مداخله به $183/4 \pm 17$ در ۲۸ هفته پس از مداخله رسیده است که آزمون ویلکاکسون

جلسه) صورت گرفت. روش آموزش به صورت سخنرانی، نمایش عکس و فیلم های مربوطه و همچنین نمایش عملی روش تزریق ابتدا بر روی مانکن و سپس بر روی بیماران، تکرار و تمرین و ارائه پمفلت آموزشی بود. سپس بیماران به مدت ۲۸ هفته پیگیری شدند. پیگیری بیماران به صورت Self-Report (با مراجعه حضوری در هر ماه) صورت گرفت. در هر جلسه آموزشی حداکثر ۶ بیمار و ۶ همراه شرکت می نمودند که همراهان در این پژوهش نقش حمایتی (Supportive Care) داشتند. بیماران در بدو ورود و در هفته ۲۸ پس از شروع درمان پرسشنامه های کیفیت زندگی را تکمیل نموده و نتایج با استفاده از آزمون های من ویتنی (برای مقایسه دو گروه)، ویلکاکسون (جهت مقایسه قبل و بعد در یک گروه)، آزمون های همبستگی و کای دو (جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و متغیر اصلی) با هم مقایسه گردید. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مطالعه جزوات آموزشی در اختیار بیماران گروه شاهد قرار گرفت و نحوه تزریق

جدول شماره ۱: امتیاز ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن کبدی در دو گروه قبل و ۲۸ هفته بعد از مداخله

ابعاد	گروه	حداقل و حداکثر امتیاز		گروه شاهد		گروه آزمون	
				قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
علائم شکمی	۳-۲۱			$15/9 \pm 5/3$	$17/9 \pm 4/8$	$17/7 \pm 3/1$	$20/1 \pm 2/5$ A
فعالیت	۳-۲۱			$19/8 \pm 1/9$	$18 \pm 4/3$ †	$20 \pm 1/9$	$19/8 \pm 2/3$
خستگی	۵-۳۵			$23/4 \pm 8$	$22/9 \pm 6/5$	$26/3 \pm 6/3$	$28/8 \pm 5/1$ A
سیستمیک	۵-۳۵			$28/5 \pm 5/2$	$28/4 \pm 4/2$	$29/9 \pm 4/1$	$31/6 \pm 3/1$ A
عاطفی	۸-۵۶			$33/3 \pm 9/9$	$38/6 \pm 10/6$ †	$40/1 \pm 9/2$	$50/1 \pm 6/7$ A **
نگرانی	۵-۳۵			$22/3 \pm 6/8$	$25 \pm 9/1$	$24/1 \pm 5/3$	$32/7 \pm 5/1$ A **
جمع	۲۹-۲۰۳			$154/5 \pm 28/5$	$152/3 \pm 26$	$158/6 \pm 21/4$	$183/4 \pm 17$ A **

- داده ها به صورت انحراف معیار \pm میانگین می باشد. †: $p < 0/05$ نسبت به قبل از مداخله، *: $p < 0/01$ نسبت به قبل از مداخله، **: $p < 0/001$ نسبت به قبل از مداخله، A: $p < 0/01$ نسبت به گروه شاهد.

اختلاف معنی داری را بین قبل و بعد در این گروه نشان می دهد ($p < 0/001$). آزمون آماری من ویتنی قبل از مداخله بین امتیاز کلی کیفیت زندگی دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد. در حالی که همین آزمون پس از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان می دهد ($p < 0/001$).

با استفاده از آزمون ویلکاکسون در گروه شاهد پس از ۲۸ هفته تنها در بعد عاطفی تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p < 0/05$). در گروه شاهد بیماران در بعد فعالیت سیر نزولی داشتند ($p < 0/05$).

در گروه آزمون پس از ۲۸ هفته در سه بعد علائم شکمی ($p < 0/01$)، نگرانی ($p < 0/001$) و بعد عاطفی ($p < 0/001$) اختلاف معنی داری مشاهده شد. اما در بعد خستگی، فعالیت و علائم سیستمیک تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

آزمون من ویتنی به منظور مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه شاهد و آزمون بکار گرفته شد این آزمون نشان می دهد که پس از ۲۸ هفته در تمامی ابعاد به جز در بعد فعالیت بین گروه شاهد و آزمون تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p < 0/01$) (جدول شماره ۱).

در طول درمان ۳ نفر (۶/۶٪) در گروه آزمون ۸ نفر (۲۶/۶٪) در گروه شاهد قبل از هفته ۱۲، درمان را قطع نمودند.

بحث:

مروری بر مطالعات آموزش به بیمار نشان می دهد که ابزارهای مورد استفاده جهت اندازه گیری میزان موفقیت در مقوله های مراقبت بهداشتی باید تغییر کند و از حالت اندازه گیری مواد شیمیایی خون به اندازه گیری میزان رضایت بیمار از درمان پردازد (۲۳). همانطور که کیفیت زندگی احساس رضایت از زندگی است که ممکن است همراه با سلامت باشد یا نباشد (۲۴).

به طور کلی در این مطالعه ۲۸ هفته پس از شروع درمان و انجام مداخله، بیماران در گروه آزمون از نظر ابعاد کیفیت زندگی بهبود چشمگیری داشتند. این نتایج با سایر گزارشات و مطالعات قبلی در زمینه ارتباط آموزش برنامه های خود مراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن کبدی از قبیل سیروز سازگار است (۲۱، ۸). اینکه به بیمار گفته شود چه کند و یا مجموعه ای از راهنمایی های مکتوب را در اختیار وی بگذاریم ضامن این امر که بیمار این راهنمایی ها را پیگیری کند و انجام دهد نمی شود و لذا حل مسائل توسط بیمار و تمرین روشها و لمس وسایل، مؤثرتر از روشی است که در آن فعالیت فقط توسط آموزش دهنده انجام می گیرد (۲۵).

به نظر می رسد بکارگیری برنامه های آموزشی منظم و قابل درک برای بیماران در زمینه نمایش عملی نحوه صحیح تزریق دارو، راههای کنترل عوارض جانبی به میزان زیادی بر روی کنترل فرد بر روی بیماری و عوارض جانبی تأثیر داشته و نهایتاً باعث بهبود کیفیت زندگی و احساس رضایت از زندگی در فرد شده و تحمل رژیم درمانی را آسانتر می نماید (۲۶). مطالعات قبلی بیانگر این مطلبند که تأثیرات سوء درمان بر روی کیفیت زندگی تا هفته های ۱۲ الی ۲۴ پس از درمان کاهش یافته و نهایتاً کیفیت زندگی به میزان اولیه باز می گردد (۱۴). Kang و همکاران در سال ۲۰۰۵ طی بررسی تأثیر درمان آنتی ویرال بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت C عنوان کردند که تمامی رژیم های دارویی آنتی ویرال کیفیت زندگی بیماران را در مراحل اولیه درمان کاهش می دهند و عوارض جانبی ناشی از درمان باعث ناراحتی و کاهش تطابق بیمار با بیماری خود می گردد. در صورتی که بیماران نسبت به درمان خود و عوارض جانبی ناشی از آن آگاهی و بینش پیدا کنند تحمل، تطابق و تداوم درمان آنتی ویرال

در آنها افزایش می یابد (۲۷). در تحقیقی که توسط Bernstein و همکاران به منظور بررسی ارتباط کیفیت زندگی با رعایت درمان در بیماران مبتلا به هپاتیت C صورت گرفت، کیفیت زندگی بیماران در هفته های ۲، ۱۲، ۲۴، ۴۸ و ۷۲ بررسی شد. نتایج نشان داد که تغییرات کیفیت زندگی از حین ورود تا هفته ۷۲ در گروه پاسخ دهنده به درمان در مقایسه با گروه بدون پاسخ بسیار بیشتر و بهتر بود. عوارض سوء درمان بر روی کیفیت زندگی پس از ۱۲ تا ۲۴ هفته از قطع درمان کاهش یافته و نهایتاً به میزان اولیه بازگشت. نتایج این پژوهش نشان داد که افت کیفیت زندگی به دنبال ابتلاء به هپاتیت را می توان با درمان موفقیت آمیز عفونت بهبود بخشید (۱۴). در پژوهش حاضر در گروه شاهد در چهار بعد علائم شکمی، علائم سیستمیک، بعد نگرانی و عاطفی پس از ۲۸ هفته از شروع درمان بیماران افزایش امتیاز نشان داده اند اما این افزایش به نسبت قبل و نسبت به گروه آزمون چشمگیر نبوده و فقط در بعد عاطفی معنی دار بوده است. از طرفی در بعد فعالیت و خستگی دچار کاهش امتیاز شده اند. خستگی یکی از علائم شایع در هپاتیت بوده و عارضه شایع ناشی از درمان است و اثرات مرتبط با خستگی ممکن است منجر به قطع زود هنگام درمان گردد (۱۴). از آنجائی که در گروه آزمون نیز در بعد فعالیت و خستگی پس از ۲۸ هفته به نسبت قبل از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد، لذا پیشنهاد می گردد که خستگی بیماران از طریق ابزارهای ویژه بررسی خستگی مانند FSS (Fatigue Severity Scale) به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. این ابزار جهت اندازه گیری شدت کلی خستگی در بیماری های کبدی مزمن قابلیت های عالی دارد (۱۴). نتایج تحقیق Hunt و همکاران نیز نشان داد که اضطراب بیماران تحت اینترنت فرون تراپی از ۲۵ به ۴ درصد حین درمان کاهش یافت. اما معیارهای افسردگی شدید افزایش پیدا کرد و

سپس بعد از قطع درمان به سطح اولیه خود بازگشت. بعد عاطفی در افراد پاسخ دهنده به درمان بهبود چشمگیری به نسبت گروه غیر پاسخ دهنده به درمان نشان داد (۲۸). در پژوهش حاضر نیز بیماران در بعد نگرانی (اضطراب) و بعد عاطفی بهبودی قابل ملاحظه ای داشتند. اما میزان افسردگی بیماران در این پژوهش سنجیده نشد که می تواند یکی از پیشنهادات برای انجام پژوهش های بعدی باشد. یکی از یافته های این پژوهش میزان قطع درمان در گروه شاهد و آزمون در شروع درمان آنتی ویرال می باشد. مطالعات مختلف اشاره می کنند که در صد بیمارانی که درمان آنتی ویرال در آنها به علت عدم تحمل بیمار قطع شده است بین ۳/۸ درصد تا ۲۷/۱ درصد می باشد که به نوع درمان و طول مدت آن بستگی دارد (۱۴). در تحقیق Fried در سال ۲۰۰۲ میزان قطع درمان به هنگام اینترنت فرون و ریبورین درمانی ۱۰ درصد گزارش شده است (۲۶). در این پژوهش میزان قطع درمان در گروه آزمون ۶/۶ درصد (۲ نفر) و در گروه شاهد ۲۶/۶ درصد (۸ نفر) بدست آمد که ۴ برابر گروه آزمون بوده و در گروه شاهد قطع درمان همگی در مبتلایان به هپاتیت C مزمن رخ داد و در گروه آزمون در یک نفر مبتلا به هپاتیت B مزمن و یک نفر مبتلا به هپاتیت C مزمن بود. از طرفی بررسی اینکه میزان قطع درمان در مبتلایان به هپاتیت C مزمن بیشتر است یا در هپاتیت B، نیاز به تعداد نمونه بیشتری دارد که می تواند در مطالعه ای جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از محدودیت های این مطالعه درمان متفاوت آنتی ویرال در هپاتیت B و C می باشد (ریبورین+پی دی فرون در هپاتیت C، پی دی فرون در هپاتیت B) که در این پژوهش به مقایسه کیفیت زندگی بیماران بر اساس رژیم درمانی آنتی ویرال پرداخته نشد زیرا جزء اهداف این پژوهش در نظر گرفته نشده بود.

ناشی از درمان، پیشگیری از ترک درمان و بهبود کیفیت زندگی بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه گیری:

توجه به عوارض ناشی از درمان به ویژه در بیماری های مزمن که همکاری طولانی مدت بیمار و خانواده وی را می طلبد و نیز آموزش و پی گیری بیماران در زمینه رعایت رژیم درمانی یکی از راههای مؤثر افزایش میزان رضایت بیمار از درمان و پیشگیری از قطع زود هنگام درمان می باشد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از کلیه همکارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به ویژه ریاست محترم مرکز هپاتیت تهران، معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی تهران و تمامی بیمارانی که آلام آنها وسیله ای شد جهت اندوخته ها و تجربه های پژوهشگران تشکر و قدردانی می نمایم.

در واقع ارزشیابی و مقایسه تأثیر درمان های متفاوت آنتی ویرال بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C مزمن می تواند در مطالعه ای جداگانه و به صورت مبسوط مورد بررسی قرار گیرد. محدودیت مهم دیگر این مطالعه تعداد کم نمونه می باشد که به هنگام تعمیم نتایج بایستی جوانب احتیاط را رعایت نمود. نتایج این پژوهش حاکی از این مطلب است که قطع درمان ناشی از عوارض جانبی و افت کیفیت زندگی بیماران در طول درمان را شاید بتوان با بکارگیری مداخلات آموزشی که بیمار در آن نقش فعال داشته و عمل کننده است تا حدود زیادی کاهش داد. نتایج حاصل از این پژوهش می تواند در بخش های مختلف پزشکی و پرستاری که عبارتند از پرستاری بالینی جهت آموزش به بیماران تحت اینترفرون تراپی، در بخش آموزش پرستاری به صورت گنجاندن مطالب آموزشی در زمینه اینترفرون تراپی در برنامه درسی دانشجویان، در زمینه بهداشت جامعه در زمان بازدید از منازل به منظور افزایش تطابق و کنترل عوارض جانبی

منابع:

1. Chironna M, Germinario C, Lopalco PL, Carrozzini F, Barbuti S, Quarto M. Prevalence rates of viral hepatitis infections in refugee Kurds from Iraq and Turkey. *Infection*. 2003 Mar; 31(2): 70-4.
2. Niederau C, Bemba Gkautz A. Socioeconomic characteristics, quality of life and state of knowledge of patients with hepatitis C viral infection in Germany-socioeconomic aspects in hepatitis C. *Z Gastroenterol*. 2006 Apr; 44(4): 305-17.
3. Younossi ZM, Boparai N, McCormick M, Price LL, Guyatt G. Assessment of utilities and health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Am J Gastroenterol*. 2001 Feb; 96(2): 579-83.
4. Ebrahimi Daryani N, Haghpanah B, Sayyah AR, Hashtroudi AA, Bashashati M, et al. The efficacy and side effects of therapy peg interferon Alpha-2a [PEGASYS] combined with ribavirin in chronic hepatitis C patients: an open label clinical trial. *Hepatitis Monthly*. 2004 Sep; 4(7): 71-4.
5. Alavian SM, Adibi P, Zali MR. Hepatitis C virus in Iran: epidemiology of an emerging infection. *Arch Iranian Med*. 2005; 8(2): 80-90.
6. Merat S, Sohrabpour AA, Khaleghi S, Sohrabi MR, Samimi-Rad K, Radmard AR, et al. Peg interferon alfa-2a and ribavirin in patients with chronic hepatitis C and inherited bleeding disorders. *Hepatitis Monthly*. 2004; 4(7): 59-64.

7. Hashemi M, Alavian SM, Ghavami S, de Serres FJ, Salehi M, Doroudi T, et al. High prevalence of alpha 1 antitrypsin phenotypes in viral hepatitis B infected patients in Iran. *Hepatol Res.* 2005 Dec; 33(4): 292-7.
8. Zandi M, Adib-Hajbagheri M, Memarian R, Nejhad AK, Alavian SM. Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran hepatitis center. *Health Qual Life Outcomes.* 2005 May; 3: 35.
9. Alavian SM. Optimal therapy for hepatitis C. *Hepatitis Monthly.* 2004; 4(7): 41-42.
۱۰. علویان سید مؤید. تشخیص، پیشگیری و درمان هپاتیت ویروسی نوع B، تهران: انتشارات نور دانش. ۱۳۸۱، ۶: ۲۱.
11. Pawlowska M, Halota W. The adherence in the treatment of chronic hepatitis C. *Pol Merkuriusz Lek.* 2005 Apr; 18(106): 469-72.
12. Marcellin P, Asselah T, Ripault MP, Boyer M. Treatment of chronic hepatitis C. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2004 Mar; 50(1): 29-36.
13. Howard J, Worman MD. Interferon treatment of viral hepatitis (2002), Available at: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/intron.html>. 2004.
14. Bernstein D, Kleinman L, Barker CM, Revicki DA, Green J. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology.* 2002 Mar; 35(3): 704-8.
۱۵. علویان سید مؤید، کبیر علی، هاشمی علی، اولین بررسی اثر درمانی آلفا اینترفرون نوع 2a بر روی بیماران ایرانی مبتلا به هپاتیت مزمن C، تهران: سمینار بازآموزی هپاتیت پیشگیری و درمان. ۳-۱ آبان ماه ۱۳۸۰.
16. Alavian SM, Kabir A, Hajari Zadeh B, Nayeypour M, Haji Beigi B, Doroudi T, et al. Combination therapy of interferon-alpha (PD Feron B) and ribavirin for chronic hepatitis C. *Hepatitis Monthly.* 2004; 6(4): 13-16.
17. Ware JE Jr, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. *Hepatology.* 1999 Aug; 30(2): 550-5.
18. Kolor B. Patient education and treatment strategies implemented at a pharmacist-managed hepatitis C virus clinic. *Pharmacotherapy.* 2005 Sep; 25(9): 1230-41.
19. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut.* 1999 Aug; 45(2): 295-300.
20. Chassany O, Sagnier P, Marquis P, Fullerton S, Aaronson N. Patient-reported outcomes: the example of health-related quality of life: a European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Information J.* 2002; 36: 209-38.
۲۱. زندگی میترا، بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی. ۱۳۸۲، ۵۶.
22. Sharif F, Mohebbi S, Tabatabaee HR, Saberi-Firoozi M, Gholamzadeh S. Effects of psycho-educational intervention on health-related quality of life (QOL) of patients with chronic liver disease referring to Shiraz University of medical sciences. *Health Qual Life Outcomes.* 2005 Dec; 3: 81.
23. Campbell D. Client education in the nephrology setting. *Dialysis & Transplantation.* 2001 Sept, 30(9): 571-5.

۲۴. زندی میترا، علویان سید موید، معماریان ربابه، کاظم نژاد انوشیروان، بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۳، ۱۱(۴۱): ۲۰-۴۱.

۲۵. اسدی نوقابی احمدعلی، زندی میترا، نظری علی اکبر. فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار، تهران: انتشارات بشری، چاپ اول، ویرایش دوم، ۱۳۸۳، ۱۱.

26. Fried MW. Side effects of therapy of hepatitis C and their management. Hepatology. 2002 Nov; 36(5 Suppl 1): S237-44.

27. Kang SC, Hwang SJ, lee SH, Chang FY, lee SD, Health –related quality of life and impact of antiviral treatment in Chinese patients with chronic hepatitis C in Taiwan. world J Gastroenterol. 2005; 11(47): 7494-8.

28. Hunt CM, Dominitz JA, Bute BP, Waters B, Blasi U, Williams DM. Effect of interferon – alpha treatment of chronic hepatitis C on health-related quality of life. Dig Dis Sci. 1997 Dec; 42(12): 2482-6.